

院外処方 分割調剤指示入力方法

- 3、分割指示回数分の院外処方箋＋分割指示に係わる処方箋(別紙)が印刷されます。
すべて患者へ交付を行ってください。

脳神経外科 処方 1回目

(この処方せんは、どの)

公費負担者番号 保険者番号

公費負担者氏名

分割指示に係る処方箋
3分割の 1回目

2回目

別紙

分割指示に係る処方箋(別紙)

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0942-31-7962 FAX番号 0942-37-6146

その他の連絡先 代 0942-35-3311

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名 印

調剤年月日

2回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名 印

調剤年月日

3回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

保険薬剤師氏名 印

調剤年月日

久留米大学病院

3回目

院外処方 分割調剤指示入力方法

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0942-31-7962 FAX番号 0942-37-6146

その他の連絡先 (代) 0942-35-3311

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

調剤年月日 _____